UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CŒUR

AU COURS DE LA

SYPHILIS SECONDAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1920

PAR

Jean da PASSANO

Né à Bourg-d'Oisans (Isère), le 1er novembre 1889

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — BOSC, professeur, *Président.*
VEDEL, professeur.
LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIERE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CŒUR

AU COURS DE LA

SYPHILIS SECONDAIRE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0111

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CŒUR

AU COURS DE LA

SYPHILIS SECONDAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1920

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Jean da PASSANO

Né à Bourg-d'Oisans (Isère), le 1er novembre 1889

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — BOSC, professeur, *Président.* ; VEDEL, professeur. ; LEENHARDT, agrégé. ; EUZIERE, agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	Doyen.
	SARDA (✲)	Assesseur.
	IZARD	Secrétaire.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O ✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲)
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	SARDA (✲)
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✲).
Microbiologie	N. . .
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	N...

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O✲✲) a.l. (ch. de c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (c. c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie	WATON ✲ (✲) doct (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse

MM. BOSC, professeur, *président.*	MM. LEENHARDT, agrégé.
VEDEL, professeur.	EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

JACQUES DA PASSANO

MÉDECIN AUXILIAIRE AU 41e BATAILLON DE CHASSEURS ALPINS

Mort pour la France le 7 octobre 1918

CROIX DE GUERRE

J. DA PASSANO.

A MA FEMME

A MON PÈRE, LE DOCTEUR ANDRÉ DA PASSANO

A MA MÈRE

A MA TANTE CATHERINE

J. DA PASSANO

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE

A MONSIEUR L'ABBÉ IGNACE LECA

CURÉ DOYEN DE SARI D'ORCINO

MEIS ET AMICIS

J. DA PASSANO.

A LA MÉMOIRE

DE NOS AMIS ET DE NOS CAMARADES

Morts pour la Patrie

J. DA PASSANO.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

A MON JURY DE THÈSE

J. DA PASSANO.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DAVID

MAITRE DE CONFÉRENCE A LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

J. DE PASSANO.

AVANT-PROPOS

Nous prions ceux à qui sont dédiées ces pages, de nous être indulgents si, par bien des côtés, elles laissent à désirer.

Pendant cinq ans nous avons certes vu beaucoup de blessés et de malades, mais les circonstances dans lesquelles nous nous trouvions ne nous ont pas permis de suivre l'évolution de leurs blessures ou de leurs maladies. De ce fait, nous avons, malgré nous, laissé rouiller notre plume que nos excellents maîtres des hôpitaux, en particulier Monsieur le professeur Laget, Messieurs les docteurs Pagliano et Sesquès avaient exercée avant la guerre, à rédiger avec méthode et clarté nos observations. Cependant leurs enseignements n'ont pas été perdus, bien des fois nous avons pu les mettre en pratique; depuis surtout que nous avons repris la vie d'Internat. Nous nous félicitons chaque jour d'avoir été leur élève et nous leur sommes profondément reconnaissant de la formation que nous avons reçue d'eux.

Nour remercions aussi bien sincèrement notre ami le

docteur C. Mattéi, chef de clinique à l'Ecole de médecine, qui nous a préparé à l'Internat.

Enfin, et surtout, nous sommes fier et heureux de nous rappeler que nos premiers pas dans la carrière médicale furent guidés par notre père, et notre principale ambition sera d'être digne de lui.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CŒUR

AU COURS DE LA

SYPHILIS SECONDAIRE

INTRODUCTION

On a déjà dit que la médecine étant faite d'observations, il fallait avant tout ne pas perdre de vue le malade si on ne voulait pas défigurer la maladie.

Cette remarque de Huchard est très juste : l'observation est un point capital non seulement au point de vue théorique, mais encore, et surtout, au point de vue pratique. Le but de la médecine étant, en fin de compte, de guérir le malade ou tout au moins d'améliorer son sort, pour ce faire il faut rapporter chaque effet à sa cause ; on traite mal une maladie dont on ignore l'étiologie.

Il faut aussi, une maladie étant donnée, connaître les symptômes par lesquels elle peut se manifester et la dépister pendant la période latente où elle prépare dans les tissus des altérations qui amèneront un jour les plus grands désordres.

Prenons comme exemple les maladies du cœur. Toutes les infections peuvent retentir sur le cœur et la syphilis en particulier.

La syphilis du cœur a toujours été une question à l'ordre du jour, mais on s'est surtout occupé des accidents cardiaques au cours de la période tertiaire.

Il nous a paru intéressant de rechercher les réactions du cœur au cours de la période secondaire. Dès cette période le cœur peut être touché par la syphilis et, de même qu'un traitement salicylé au cours du rhumatisme articulaire aigu peut prévenir une endocardite, de même un traitement mercuriel, bien conduit au début et au cours de la syphilis, peut éviter au malade de graves complications cardiaques. Notre ami, le docteur Mattéi, chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille, nous a suggéré l'idée des recherches dont nous présentons aujourd'hui le résultat. Il nous a largement aidé dans notre travail et nous tenons ici à le remercier particulièrement.

Nous devons à M. le professeur Oddo, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille, l'observation si intéressante que nous publions dans notre thèse. Nous avons fait de larges emprunts à sa communication à l'Académie de médecine sur la syphilis secondaire du cœur. Nous lui sommes très reconnaissant et nous sommes heureux d'exprimer ici publiquement cette reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Fréquence de la syphilis et de ses lésions viscérales. — Son action sur le cœur dès la période secondaire

En recherchant systématiquement la syphilis sur 1.000 sujets adultes, du sexe masculin et non alités, Le Noir l'a trouvée une fois sur six (17,78 p. 100). Cette statistique est de 1914, et la guerre n'a certainement pas fait diminuer le nombre des syphilitiques. C'est dire que tout médecin doit connaître cette maladie, non seulement dans ses manifestations externes, cutanées et muqueuses, mais aussi dans ses manifestations viscérales Les tréponèmes peuvent léser tous les organes, soit, comme le disait le professeur Debove dans une de ses leçons cliniques, en se multipliant, en s'accumulant en certains points, et provoquant autour d'eux des lésions inflammatoires (lésions coloniales) soit par toxémie.

Le cœur n'échappe pas à la syphilis. Au contraire, Lian et Vernes, en 1914, ont pu dire, après Huchard et d'autres, que, quel que soit l'âge du sujet, s'il n'a pas eu de rhumatismes et s'il présente une lésion aortique, cette lésion est de nature syphilitique. L'hypertension artérielle, l'artériosclérose et la néphrite hydrurique sont souvent syphilitiques.

Gaucher, en 1917, a dit, à l'Académie de médecine que:

1° « Toutes les lésions aortiques non consécutives à des endocardites aigues, nées dans le cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu sont syphilitiques;

2° » La myocardite scléreuse hypertrophique et la néphrite qu'elle accompagne sont également, dans la plupart des cas, produites par la syphilis.

De même, avec la plupart des auteurs, le professeur Gaucher affirmait que la rupture du cœur et la mort subite qui en résulte, sont dues à des gommes du myocarde; que les lésions du faisceau de His et le pouls lent permanent, sont de nature syphilitique;

3° » En dehors des lésions mitrales d'origine hérédo-syphilitique, un certain nombre d'observations lui ont montré, sans contestation possible, qu'il y a des insuffisances mitrales produites par la syphilis. »

Castaigne et Trémolière rapportent qu'on a observé parfois, chez des syphilitiques, sans autres antécédents infectieux, « des lésions mitrales qui se traduisent cliniquement par les signes physiques habituels des lésions mitrales, et sont constitués à l'autopsie par de petites plaques blanches ou scléreuses, analogues à celles qui figurent un des aspects préparatoires de l'athérome. »

D'après une statistique de D. Weil, on a trouvé le Wassermann positif:

Angine de poitrine	2	fois sur	2
Aortite	5	—	12
Anévrysme de l'aorte	2	—	2
Artério-sclérose	10	—	62
Endo-myo-péricardite	7	—	57

La statistique de Le Noir donne un Wasserman positif :

Anévrysme de l'aorte	100	fois sur	100
Aortite chronique	44	—	100
Insuffisance aortique	42,85	—	100
Artério-sclérose confirmée	30,75	—	100
Hypertension artérielle..	18,18	—	100

A. Scott Warthin (de Michigan) a examiné 200 cœurs au point de vue des lésions causées par le spirochète ; 50 appartenant à des malades atteints de syphilis héréditaire ; 150 étaient des cœurs de malades atteints de syphilis acquise.

Et il a constaté, soit autour des vaisseaux, soit dans les espaces intermusculaires du myocarde, de grandes colonies de spirochètes. Ces spirochètes se rencontrent plus souvent dans la syphilis héréditaire, mais on peut les voir aussi dans la syphilis acquise, en particulier au stade secondaire. Cet auteur a également trouvé des lésions du tissu parenchymateux et du tissu interstitiel, mais il insiste sur le fait que le cœur est très fréquemment le siège des localisations des spirochètes. Il les a même rencontrés plus souvent dans le cœur que dans le foie.

Un autre auteur américain, Brooks, écrit que les altérations syphilitiques du cœur et de l'aorte sont plus fréquentes et plus graves que ne l'admettent généralement la plupart des médecins et même des syphiligraphes.

L'étude anatomique de 50 cas lui a montré le péricarde atteint dans 28 cas ; le myocarde dans 44 cas, les artères coronaires dans 35 cas. Il cite le cas d'un malade mort subitement avant l'apparition complète de la roséole. La mort était due à une petite perforation de la paroi aortique. On trouva à l'autopsie une artérite et une péricardite aiguë dans tout le myocarde, particulièrement autour des

vasa-vasorum de l'aorte. Il existait une infiltration en larges foyers, une dégénérescence parenchymateuse des cellules musculaires et une hyperplasie active des cellules conjonctives.

La clinique, l'anatomie pathologique, la bactériologie s'accordent pour prouver l'action de la syphilis sur le cœur. Nous verrons plus loin que l'épreuve thérapeutique est souvent positive, d'autant plus positive que la lésion est plus jeune. En effet, Jaumes, de Montpellier, a fait observer que les lésions les plus spécifiques, à l'origine, s'émancipent à un moment donné de leur nature propre, entrent pour ainsi dire dans le domaine commun, déterminant des altérations ordinaires et banales contres lesquelles le traitement spécifique le plus rationnel n'exerce pas la moindre action.

Le spirochète a donc une affinité certaine pour le cœur et les vaisseaux. Du reste, à l'heure actuelle, c'est une notion admise par tous les auteurs.

Sous l'influence du poison syphilitique, le cœur réagit de deux façons : ou bien il ne présente que des signes d'une légère souffrance, qui parfois passent inaperçus ; ou bien il réagit violemment et donne lieu à des accidents pouvant amener la mort.

Les troubles passagers du rythme cardiaque sont notés par Trétratze, en 1909, qui trouve de l'hypertension chez 28 syphilitiques. Bricout, chez un malade de 20 ans, syphilitique secondaire, observe un syndrome de Stoke-Adams : dyspnée d'effort, crises de palpitations, sensations vertigineuses, bradycardie ; pouls : 35 par minute ; lipothymies ; dissociation auriculo-ventriculaire. Epreuve de l'atropine négative. Deux séries de 20 piqûres de cyanure de mercure, intraveineuses, font disparaître les symptômes fonc-

tionnels. Le pouls remonte à 52, mais la dissociation auriculo-ventriculaire persiste.

Gnudi, Grossmann observent des palpitations, de l'arythmie, avec abaissement de la pression artérielle.

Covisa, en 1914, observe une myocardite syphilitique à la période secondaire, avec pouls lent et arythmie.

En 1919, Du Castel étudie les arythmies de la syphilis secondaire. Il note une tachycardie orthostatique nette dans 13 cas sur 70; un pouls irrégulier dû à deux mécanismes: l'un certain, extrasystole; l'autre probable: arythmie respiratoire. La tension artérielle est inférieure à la normale: la maxima est abaissée; la minima est peu affectée.

D'après Du Castel, il existe une tachycardie d'effort avec retour à la normale en plus de trois minutes. Le réflexe oculo-cardiaque serait sensiblement analogue chez les syphilitiques et chez les sujets sains.

Comme *accidents graves*, Bourguignon, en 1904, apporte l'histoire d'un malade de 19 ans, en pleine éruption secondaire. Chancre trois mois et demi avant. Pas d'autres antécédents. Le malade arrive porteur de rupia syphilitique des jambes, bras, tête. Il est pâle, anémié, en hypotension. Urines normales. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal, sous le mamelon. Choc traînant. Ondulation de la paroi. La matité cardiaque absolue mesure 8 centimètres de large sur 4 de haut, et s'étend au-dessous du choc de la pointe. Bruits cardiaques assourdis, irréguliers. Piaulement systolique intermittent à l'aorte. Pouls à 80. La digitale reste sans effet. On injecte 0 gr. 01 par jour de cyanure de mercure intra-veineux. Le troisième jour de la cure, le piaulement disparaît. Le quatrième jour, le liquide péricardique disparaît; le sixième jour apparaissent des frottements péricardiques. Le quinzième jour, le ryth-

me cardiaque est normal. Il ne reste qu'un peu d'assourdissement des bruits cardiaques.

Wacker, en 1909, Letulle, en 1919, présentent des observations de péricardite syphilitique.

A ces observations il faut ajouter un cas, des plus nets, observé à l'Hôtel-Dieu de Marseille, par MM. Oddo et Mattéi.

Observation

(Due à l'obligeance de M. le professeur Oddo)

Péricardite syphilitique et asystolie brusque irréductible chez un malade porteur de plaques muqueuses syphilitiques.

T. J..., âgé de 54 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1919 parce qu'il est dyspnéïque depuis 15 jours et que dans les huit derniers jours sa dyspnée s'est accrue notablement. Ces essoufflements apparaissent pour la première fois.

Jusqu'au début d'avril, le malade, qui est charretier, a pu vaquer sans aucune gêne à ses occupations.

Il aurait eu, à 20 ans, un point de côté à gauche pour lequel on l'a saigné trois fois. Il nie tout autre antécédent. C'est un éthylique. Malgré qu'il soit porteur d'ulcérations à type net de plaques muqueuses au niveau des commissures labiales et du scrotum, il ne peut donner aucun renseignement sur l'accident primitif qui a précédé ces ulcérations. Sa femme est morte en couche. Il avait eu d'elle six enfants dont trois sont morts en bas âge et trois autres sont vivants, bien portants.

Le malade est arrivé à l'Hôpital très dyspnéïque, cyanosé, les jugulaires turgescentes. Il n'avait pas de fièvre, son pouls plutôt petit, battait à 90.

L'examen du cœur révèle des signes importants. On ne voit pas battre la pointe du cœur, et la main ne retrouve pas son choc. La percussion n'accuse rien d'appréciable. A l'auscultation on note un bruit de galop myocardique au niveau de la pointe et dans la moitié gauche de la région préventriculaire.

Le long du bord gauche du sternum, à la hauteur de l'extrémité interne du troisième espace intercostal, on entend un double frottement, bruit net de va-et-vient mésosystolique et mésodiastolique rappelant le bruit du cuir neuf. A la base, assourdissement des bruits. La crosse aortique n'est pas accessible derrière le sternum. Le pouls bat à 90. La radiale est flexueuse comme l'humérale, dont les battements sont nettements visibles sous la peau. La tension maxima est de 15, la minima est de 13. Le visage du malade est un peu bouffi et on note un œdème léger du bord inféro-interne des cuisses et de la région périmalléolaire. On saigne le malade pour lutter contre la dyspnée croissante. On retire 500 grammes de sang. Il contient 0 gr. 40 d'urée par litre. La réaction de Wassermann est très fortement positive.

Le foie a un volume normal à la percussion, mais il est abaissé et déborde de deux doigts le rebord costal. La palpation est douloureuse. Il est tendu sous la main. Sa surface est lisse. Léger subictère des conjonctives. La rate n'est pas percutable. Au point de vue reinal : le malade urine un litre par jour. Il est somnolent et présente du myosis. L'examen des urines révèle une albuminurie légère. Urée : 19 grammes par litre ; chlorure : 10 grammes. Pas de sucre.

Au point de vue pulmonaire le malade tousse un peu. Il est dyspnéïque avec un rythme régulier à 30 par minute. A l'auscultation, signes de bronchite diffuse. La toux appa-

raît par crises spasmodiques. L'expectoration est muqueuse, banale, assez aérée.

Au point de vue digestif, la langue est saburrale. Les deux commissures labiales sont creusées d'ulcérations irrégulières, d'allure spécifique. Le ventre est un peu météorisé, le malade a une diarrhée légère (5 à 6 selles par jour, liquides, jaunâtres).

Pas de symptômes nerveux en dehors de la somnolence et du myosis. Dans les aines, adénopathies multiples, assez dures, du volume d'un haricot, sans doute en relation avec la grosse plaque muqueuse qui siège au scrotum sous la raciene de la verge. En somme, chez ce sujet, bien portant jusqu'à 54 ans, apparition d'ulcérations suspectes des lèvres et du scrotum, puis de dyspnée avec cyanose, frottements péricardiques nets, bruit de galop gauche et toux spasmodique. Le repos et la saignée améliorent un peu le malade. Un traitement par le cyanure de mercure (0 gr. 01 par jour) commencé le 16 avril, amène une guérison rapide des ulcérations buccales. L'ulcération scrotale, presque phagédénique, évolue plus lentement.

Le 17 avril la cyanose est moins marquée, le myosis fait place à une inégalité pupillaire avec mydriase à droite. Le pouls est plein, plus tendu, il bat à 92. On retrouve le choc de la pointe dans le cinquième espace intercostal, au-dessous et un peu en dedans du mamelon. L'aspect du battement de la pointe est plutôt celui d'un tremblotement diffus que d'un choc. Il est à peine appréciable à la main. A la percussion, légère augmentation de volume parallèle des deux matités cardiaques, absolue et relative. A l'auscultation, bruit de galop encore accentué. Frottement péricardique plus doux et seulement diastolique.

Pas de points douloureux phréniques, mais crises de toux spasmodique plus fréquentes. La somnolence et les

œdèmes légers persistent. La malade a uriné assez abondamment.

Le 18 avril 1919 on note une ascension de la limite supérieure du foie qui remonte de deux doigts et de son bord inférieur qui remonte d'un demi-centimètre. Le frottement péricardique a disparu. On entend un souffle systolique de la pointe, doux et se propageant peu. Le bruit de galop gauche persiste. Le cœur bat un peu plus en dehors sous le mamelon et vers le sixième espace intercostal. Le malade s'améliore légèrement jusqu'au 7 mai. Il a reçu, du 16 au 28 avril, 12 injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Le 7 mai, on voit la pointe à jour frisant dans le cinquième espace intercostal, mais on ne sent pas son choc. Les bruits cardiaques sont sourds, le double frottement a reparu à la pointe et on retrouve aussi, au foyer mitral, un souffle doux se propageant vers l'aisselle. Bruit de galop toujours net. Pouls petit et irrégulier à 100.

Du 9 au 30 mai, apparition de râles sous-crépitants à la base gauche, puis d'hydrothorax double. L'état général est mauvais. Le malade est très cyanosé avec dyspnée et angoisse. Le foie est encore très gros, pouls mauvais à 110. La digitaline, employée selon le mode classique, est sans action sur ses symptômes. Le frottement péricardique est de plus en plus net et étendu. Il occupe presque toute la région préventriculaire. Les œdèmes s'accroissent au niveau des jambes et des cuisses; les urines sont peu abondantes.

On recommence alors un traitement par le cyanure de mercure (0 gr. 01 par jour, du 3 au 7 juin). Le 8 juin on injecte 0 gr. 15 de novarsénobenzol. Le pouls se régularise et la dyspnée diminue. Le frottement péricardique est moins net. Le 11 juin : novarsénobenzol 0 gr. 30; le 17 juin

0 gr. 45. On ajoute au traitement spécifique la digitale en infusion, puis la spartéïne. Le 21 juin on fait une quatrième injection de novarsénobenzol, 0 gr. 60. Le soir du même jour, signes d'œdème pulmonaire généralisé; décès.

Autopsie. — Le cœur est augmenté de volume. La séreuse péricardique a sa surface très abondamment semée de plaques larges comme une pièce de 50 centimes, à surface chagrinée, presque villeuse. Ces plaques sont assez uniformément réparties sur toute la surface du péricarde viscéral et pariétal. Le myocarde, assez résistant, est d'aspect normal. L'endocarde n'offre rien de particulier. L'étude minutieuse de la cloison inter-auriculo-ventriculaire et du faisceau de His, ne révèle aucune lésion appréciable. La lumière des coronaires est perméable à leur origine. A 1 centimètre de là, elle est obstruée par un caillot jusqu'à l'extrémité du parcours de ces vaisseaux. L'aorte présente, à l'origine de sa crosse, quelques plaques calcifiées au-dessus des valvules. Le foie est gros, gorgé de sang et crie peu sous le couteau. La rate est également congestionnée. Œdème pulmonaire marqué, hydrothorax double moyen : un litre environ de chaque côté. Rien à signaler par ailleurs.

Examen histologique. — Nous avons étudié successivement des zones diverses de la séreuse péricardique viscérale et pariétale en systématisant notre examen selon le plan suivant :

1° En dehors des plaques formées par l'exsudat péricardique visible, c'est-à-dire en dehors des néo-membranes ;

2° Au niveau des plaques néo-membraneuses déjà nettes macroscopiquement.

Dans ces deux types de région, notre examen a porté sur l'endothélium d'abord, la basale, la zone conjonctivo-élastique, l'espace sous-séreux avec ses vaisseaux. L'étude de l'épicarde a été complétée par celle du myocarde sous-jacent et des coronaires; celle du péricarde pariétal par l'examen des couches conjonctives du sac fibreux.

1° *La séreuse hors des plaques d'exsudat visible. — Endothélium.* — Il a perdu sa disposition régulière, il ne tapisse plus la surface péricardique que par rares lambeaux. Il est, en somme, méconnaissable dans sa plus grande partie. Ses éléments cellulaires, encore visibles, sont boursouflés. Leur cytoplasme est granuleux, leur noyau mal coloré. Il flotte parfois presque libre de toute attache au-dessus de la membrane basale.

La disposition la plus fréquente de la surface séreuse est celle-ci : un enduit fibrineux très aplati par places, disposé en gros blocs granuleux et fissurés le plus souvent, tapisse la presque totalité de la surface libre du péricarde. Cette fibrine prend contact parfois librement avec la cavité péricardique. En de nombreux points, le travail d'organisation qui en segmente la profondeur, a recouvert sa surface de strates néo-conjonctives visibles. Des éléments cellulaires, rappelant un peu l'endothélium, mais visiblement émanés de la couche conjonctive sous-endothéliale, recouvrent les masses fibrineuses exsudées qu'ils incorporent, en somme, à la couche conjonctive sur laquelle elles reposent directement, l'endothélium ayant disparu.

L'étude de cette zone de contact entre la fibrine et l'armature élastique de la séreuse, montre que des cellules conjonctives, libérées de la couche de soutien, a noyau et cytoplasme colorables, allongés ou même arrondis, rappelant de gros plasmatzellen, pénètrent l'exsudat fibrineux

et l'organisent jusqu'à l'incorporer en strates très aplaties aux couches fibrillaires de la zone conjonctive sous-endothéliale.

La membrane basale apparaît simplement comme une petite couche unistrate un peu plus dense, à la périphérie de la couche conjonctivo-élastique. Il n'y a pas, au-dessous d'elle, dans le reste de la portion conjonctive du péricarde, de fibrine englobée en voie de résorption. Elle est nettement la limite au-dessus de laquelle se fait, par les éléments libres de son tissu, l'organisation du premier exsudat conglomeré à la surface de la séreuse. Pas de néo-vaisseaux, pas d'hématies dans cette première zone de la séreuse examinée.

Couche conjonctivo-élastique. — La physionomie d'ensemble de cette couche révèle une activité cellulaire et vasculaire marquée, la présence de vrais infarctus linéaires ou en foyers arrondis occupant ces divers étages.

Les deux zones conjonctives (supérieure) et élastique (inférieure) sont très reconnaissables. Elles sont toutes deux augmentées de volume. La première, avec ses éléments fibrillaires déliés, est disposée en un réseau régulier à mailles allongées assez larges qui la distinguent nettement de la seconde où les fibres, visiblement épaissies et multipliées, constituent une couche homogène intensément colorée par l'éosine et surmontant l'espace sous-péricardique.

En dehors des fibres conjonctives et élastiques dont les noyaux sont très visibles, allongés, et le protoplasme assez boursouflé, les cellules conjonctives propres à ces deux zones sont reconnaissables en de nombreux points. Nettement hyperplasiées, elles se libèrent du tissu environnant, apparaissent allongées ou arrondies comme celles qui pénètrent au niveau de la surface du plan conjonctif, l'exsu-

dat fibrineux. Très augmentées de volume en certains points, réunies parfois aussi en groupes de deux ou trois, elles constituent des bourgeons vasculaires caractérisés. On reconnaît tous les intermédiaires depuis ces bourgeons vasculaires jusqu'aux néo-capillaires typiques avec leur contenu reconnaissable.

La zone conjonctivo-élastique est, en effet, assez riche en néo-vaisseaux, gorgés d'hématies et souvent rompus. Les globules rouges se répandent alors en traînées volumineuses qui comblent les mailles du réseau conjonctif en vastes nappes hémorragiques souvent étendues jusqu'à la basale de l'endothélium desquamé. Dans la presque totalité de sa hauteur, la couche conjonctivo-élastique est donc libre ou infiltrée de foyers hémorragiques; on n'y reconnaît d'autres éléments cellulaires que les cellules conjonctives propres et les hématies.

La portion juxta-myocardique qui borde l'armature conjonctive du péricarde du côté de l'espace sous-séreux présente aussi de nombreux infarctus disséminés. Mais à ce niveau, les lymphocytes complètent l'infiltration du tissu. Lymphocytes et plasmazellen se groupent en rangées irrégulières plus denses au voisinage des vaisseaux sous-séreux. Les lacunes vasculaires, déjà visibles dans les portions superficielles de la couche conjonctive, sont ici plus larges et plus nombreuses avec une paroi unitraste assez nettement différenciée. Dans certaines d'entre elles la congestion fait place à une thrombose nette, et autour de ces vaisseaux thrombosés sont agminés lymphocytes et plasmazellen en nombre variable, depuis la masse couronne autour des néo-capillaires jusqu'au nodule typique autour des vaisseaux de plus grand calibre.

Couche sous-séreuse. — Il ne reste que de très rares vestiges du tissu graisseux sous-péricardique, et la por-

tion conjonctive de la séreuse se continue par un réseau cellulaire assez dense, à grosses fibres œdématiées, enchevetrées, qui vont se perdre dans les espaces intra-fibrilaires du myocarde. Le stroma sous-séreux est nettement épaissi, il contient également quelques lymphocytes, surtout aux environs des vaisseaux dont la paroi est épaissie et a lumière obstruée d'un caillot très adhérent. L'épaississement de la paroi vasculaire résulte de l'hyperplasie des éléments conjonctifs des vaisseaux et la couche externe de ces derniers se continue insensiblement avec le tissu conjonctif sous-séreux.

L'union de la sous-séreuse avec le myocarde se fait par des prolongements assez épais, largement insinués entre les champs musculaires et accompagnés de cellules conjonctives jeunes qui englobent, dans une sclérose commençante, la portion superficielle du myocarde sous-jacent.

Myocarde. — Les faisceaux myocardiques, au contact immédiat de la séreuse, ont conservé leur intégrité anatomique. Protoplasme et noyau sont peu modifiés. Seul, le tissu interstitiel est nettement hyperplasié. Entre les fibres superficielles, des travées conjonctives jeunes, émanées de la face profonde de la sous-séreuse, s'infiltrent largement, isolant les cellules musculaires, les noyant parfois dans un tissu fibrillaire vaguement réticulé et plus riche que de coutume en cellules fixes. Le volume et la colorabilité du noyau de ces cellules semble indiquer une vitalité au moins égale à celles des cellules fixes en voie de prolifération le tissu interstitiel hyperplasié.

Les vaisseaux myocardiques sont généralement vides et sans réaction leucocytaire péri-artérielle. Leur couche externe seule est épaissie et se continue insensiblement avec le tissu interstitiel superplasié.

2° *La séreuse au niveau des plaques d'exsudat visible.* — Les plaques d'exsudat visible, sont constituées microscopiquement par un large bourgeon sous-endothélial organisé et doublant par sa propre épaisseur l'épaisseur totale de la séreuse.

L'endothélium à sa surface est méconnaissable; la basale est représentée par une lame assez régulière de tissu conjonctif mince, homogène, et assez intensément coloré par l'éosine. Elle est tapissée ça et là de concrétions fibrineuses en voie d'organisation par des éléments néo-conjonctifs.

Bourgeon néo-membraneux. — Par sa face inférieure, cette couche limitante du bourgeon donne naissance à des arborescences conjonctives très distinctes, qui plongent dans le tissu néo-formé de la fausse membrane et vont se continuer avec les éléments conjonctifs dont les ramifications issues de la couche conjonctive proprement dite, remontent vers la périphérie et dessinent par leurs anastomoses, le réseau de soutien de l'exsudat organisé.

Dans cette zone néo-membraneuse, *les éléments cellulaires* parsemant le réseau conjonctif, sont les suivants: des cellules conjonctives libres assez rares, des lymphocytes abondants et assez régulièrement disposés au voisinage des traînées vasculaires; mêlés à ces lymphocytes en proportion variable, se voient d'assez nombreux plasmazellen. Enfin, cette zone de nouvelle formation contient des hématies nombreuses en nappes hémorragiques, ou gorgeant les néo-capillaires. La disposition de ces néo-capillaires est révélée par le contenu qui les distend: la plupart d'entre eux, comme les éléments fibrillaires reconnaissables du stroma, se dirigent perpendiculairement à la sous-séreuse vers la surface de la néo-membrane. Les parois de ces capillaires se dessinent comme de fins liséments endothé-

liaux à noyaux saillants, parfois visibles. Au milieu des hématies qui se prennent dans la cavité vasculaire, on aperçoit quelques macrophages chargés de pigments noirâtres. Au contact de la couche conjonctive, on aperçoit des vaisseaux dont la paroi contient du tissu musculaire lisse.

Couche conjonctive élastique. — La portion superficielle, ou zone conjonctive, est uniformément augmentée de volume. Sa structure, en un réseau à mailles lâches, est conservée. Les fibres du réseau sont boursouflées, d'aspect granuleux et turgescent par place. Les noyaux de ce tissu conjonctif sont volumineux, ovoïdes ou arrondis et nettement colorés. Des noyaux, plus nettement reconnaissables encore et appartenant à de gros éléments libres dans le tissu, sont visibles, soit au niveau de la charpente du réseau, soit à l'intérieur de ces mailles. Les éléments cellulaires libérés ont tous les caractères d'une vitalité active. Quelques rares traînées hémorragiques dans certaines portions de la couche conjonctive.

Les vaisseaux, à paroi reconnaissable, sont assez nombreux, dilatés, parfois thrombosés. L'endothélium peut se voir; les fibres lisses de la paroi sont identifiables et l'atmosphère conjonctive environnante leur fait, dans certains endroits, une adventice assez nette. Dans la lumière: hématies en vrais caillots et macrophages pigmentaires nombreux. Autour de leur paroi, infiltration lymphocytaire plus ou moins accentuée mais constante, disposée en couronne ou en amas de petits mononucléaires et de plasmazellen assez régulièrement mélangés: aspect typique du plasmosome de Unna caractérisant le syphilome nodulaire jeune. En ce point, où un groupe vasculaire chemine sous la couche élastique, entourée de son atmosphère cellulo-graisseuse, ces nodules syphilitiques sont encore plus nom-

breux et plus typiques. Les vaisseaux volumineux ont leur lumière béante, leur paroi un peu épaisse et leur zone péri-vasculaire assurément hyperplasiée mais indemne de toute infiltration. Ce sont surtout les petites artérioles et les capillaires disséminés dans les lobules du tissu cellulo-adipeux qui présentent les infiltrations péri-vasculaires les plus nettes.

Ces petits vaisseaux, souvent thrombosés sont le centre d'un nodule syphilitique typique. Autour d'eux se groupent en rangées concentriques des éléments cellulaires arrondis, de petit volume et à noyau unique et fortement coloré, qui ont tous les caractères des lymphocites. Ces cellules enserrent les petits vaisseaux et quelquefois pénètrent dans leur paroi, jusqu'à porter l'infiltration lymphocytaire sous l'endothélium. Parmi ces cellules les unes sont petites, rondes, à noyau central, seulement entouré d'une mince couronne protoplasmique péri-nucléaire, les autres, plus volumineuses, ovoïdes ou irrégulièrement arrondies, ont leur noyau disposé à un pôle de la cellule et ont l'aspect de plasmazellen typiques. Ni cellules épithélioïdes ni cellules géantes dans ce nodule jeune dont la disposition péri-vasculaire, la composition cellulaire ou plasmosome de Hunns font un nodule syphilitique jeune avec toute la certitude que peuvent donner sur la cause d'un nodule infectieux l'aspect microscopique et les règles anatomo-pathologiques.

La périphérie du nodule est nettement placée, le foyer d'infiltration péri-vasculaire qu'il constitue, baigne dans le tissu cellulo-adipeux où les éléments nucléés sont rares. L'infiltration, nettement limitée aux zones péri-vasculaires, fait donc une tache sombre très caractérisée au sein du tissu environnant dont les mailles sont gorgées d'hématiès

extravasées ou remplies par des capillaires distendus de globules rouges.

Couche élastique. — La couche élastique reconnaissable à ses éléments volumineux et vivement colorée par l'éosine est aussi très augmentée de volume. Pas d'infiltrations cellulaires ni d'hémorragies au niveau de cette zone qui est très peu vascularisée. Séparée de la couche conjonctive déjà décrite par les larges traînées vasculaires qui sont à sa surface, elle présente, au-dessous d'elle, des vaisseaux du myocarde dans l'espace sous-séreux du feuilleté viscéral. Dans la zone conjonctive du sac fibreux pour le feuillet pariétal l'aspect de la sous-séreuse de l'épicarde présente la même infiltration lymphocytaire discrète et la même prolifération légère du tissu conjonctif sous-séreux que dans les zones péricardiques sans exsudat.

L'étude des *coronaires* révèle à ce niveau des altérations intéressantes. La coronaire gauche est le siège d'une dégénérescence athéromateuse ancienne, très visible, qui réduit d'un tiers le volume de sa lumière. Dans la couche moyenne et dans la couche externe de la paroi artérielle on observe quelques syphilomes jeunes, très nets, développés surtout aux environs des vasa-vasorum de l'artère. Ici encore lymphocites et plasmazellen nombreux sans cellules épithélioïdes ni géantes. Ces nodules sont très caractéristiques.

Au contact même du myocarde le tissu conjonctif sous-séreux envoie de nombreuses travées fibrillaires entre les champs musculaires sous-jacents. Au niveau du péricarde pariétal, la couche élastique se confond avec celle du sac fibreux et sous elle reparaît une zone conjonctive lâche qui termine vers l'extérieur l'épaisseur du sac fibreux. Entre les deux couches quelques vaisseaux sanguins pauvres en globules rouges, mais eux aussi entourés d'une gangue lymphocitaire typique. Enfin la surface externe du sac

fibreux est elle-même, par endroits, tapissée d'un enduit fibrineux et net.

En résumé: exsudat fibrineux peu épais, ou néo-membranes organisés à la surface de la séreuse; infiltration hémorragique de la zone conjonctive hyperplasiée, nodules syphilitiques péri-vasculaires, au niveau de cette zone et sous la séreuse, dans l'épicarde, athérome des coronaires et syphilome artérielle jeune de leur paroi. Intégrité presque complète du myocarde, pas de lésions nodulaires dans l'épaisseur du muscle cœur, sclérose inter-fibrillaire seulement dans les zones sous-péricardiques du muscle cardiaque.

Les lésions péricardiques sont donc primitives. Nodules syphilitiques également dans la couche conjonctive du péricarde pariétal, entre cette couche et la zone élastique épaissie.

Telles nous sont apparues les manifestations histologiques de la péricardite syphilitique secondaire.

Dans l'étude très détaillée que le professeur Letulle a faite en 1918, de la péritonite syphilitique, on retrouve, au niveau du péritoine une systématisation analogue des lésions. De plus, une étude comparative des observations de M. Letulle et de la notre, semble montrer que les lésions de péritonite syphilitique ancienne peuvent être considérées comme un type évolué des lésions syphilitiques d'une séreuse. Et les altérations spécifiques du péricarde observées dans notre cas paraissent être comme une étape de début de ces mêmes lésions syphilitiques.

CHAPITRE II

Signes qui peuvent faire penser a une syphilis du cœur

Contrairement à ce que l'on a longtemps cru, la syphilis se localise souvent sur le cœur. Castaigne et Trémolière ajoutent: elle occasionne des péricardites, nombre de lésions valvulaires lui sont imputables et elle intervient aussi dans la production de certaines altérations myocardiques.

Un syphilitique devra, désormais, être examiné dans tous ses organes si l'on veut vraiment faire œuvre de médecin, traiter la maladie actuelle et prévoir la complication possible.

Quels sont donc les signes qui peuvent faire penser à une syphilis du cœur?

On devra d'autant plus se poser cette question que, nous le verrons plus loin, le novarsenobenzol est formellement contre-indiqué et qu'il y a une technique toute spéciale pour obtenir de bons résultats avec le mercure.

Nous suivrons, dans l'étude clinique de la syphilis secondaire du cœur, le plan donné par Oddo et Mattéi, dans leur communication à l'Académie de médecine, et nous distinguerons deux syndromes:

1° Un syndrome arythmique bénin;

2° Un syndrome hyposystolique ou asystolique grave.

Nous ferons tout d'abord remarquer que les symptômes varient suivant la localisation de la maladie. Autant de régions électivement atteintes : péricarde, myocarde, valvules, aorte, coronaires, autant de signes différents.

Notre but n'est pas ici de donner les signes de chaque localisation syphilitique, mais bien plutôt de donner rapidement une idée des troubles cardiaques au cours de la syphilis secondaire, d'après les observations puisées dans la littérature médicale, et d'après nos observations personnelles.

Syndrome arythmique bénin. — Pendant le cours de sa syphilis, le malade, sans trop y attacher d'importance, se plaint parfois d'essoufflement, de dyspnée, de palpitations, voire même de gêne précordiale et d'angoisse.

On peut noter une apparition rapide de troubles cardiaques, survenant sans fièvre, évoluant sans troubles valvulaires, non influencés par les toni-cardiaques habituels. Ces troubles sont les suivants :

Il s'agit parfois de tachycardie : tachycardie orthostatique, « comparable à celle des convalescents ou des sujets atteints de maladies infectieuses chroniques » ; tachycardie d'effort, avec retour à la normale en plus de trois minutes. D'autres fois, il s'agit de bradycardie, avec dyspnée d'effort, crises de palpitations, sensation de vertiges, lipothymie. L'épreuve de l'atropine reste négative. La course ou l'effort n'accélèrent pas le rythme cardiaque. D'autres fois enfin, on observe de l'arythmie due, soit à des extrasystoles, soit à l'influence respiratoire. Il y a parfois absence d'une pulsation bien que le choc de la pointe soit violent, ou bien pouls petit, avec affaiblissement des bruits du cœur.

La tension artérielle est sensiblement la même. On note

un léger abaissement de la tension maxima. Bouchard et Balthazard sont d'avis que la syphilis secondaire, chez la femme, abaisse quelque peu la pression artérielle; et que la syphilis tertiaire, chez l'homme, l'élève notablement.

Le réflexe oculo-cardiaque est sensiblement le même chez les syphilitiques et chez les sujets sains.

Au point de vue valvulaire les avis sont partagés. Breitmann n'admet pas l'absence de lésions valvulaires. S'il existe des souffles, d'après lui, ils sont instables et siègent sur les valvules aortiques. Gaucher, au contraire, affirme l'existence de lésions valvulaires d'origine syphilitique. Nous n'en avons pas observé chez nos malades.

Syndrome hyposystolique ou asystolique grave. — On trouve tous les degrés, depuis l'hyposystolie à peine amorcée jusqu'à l'asystolie grave, irréductible. On trouvera donc, plus ou moins au complet, les signes caractéristiques de ces syndromes qui s'ajouteront aux signes des lésions primordiales: péricardite, endocardite, myocardite. Autrement dit, l'asystolie, qu'elle soit d'origine syphilitique ou non, a toujours les mêmes symptômes. Son mode de début est peut-être particulier dans la syphilis: elle débute brusquement, après une fatigue, un effort insignifiant. Faut-il en conclure que le cœur, touché par la toxémie, est en état de moindre résistance, de « méiopragie »? ou bien qu'il existait une lésion, évoluant à bas bruit et causant subitement des troubles graves? On a vu, en effet, de grosses lésions présenter un grand caractère de latence, par exemple le cas de Loomis, dans lequel une gomme de la paroi ventriculaire n'avait donné lieu à aucun symptôme. Quoiqu'il en soit, une asystolie éclatant brusquement éveillera des soupçons.

Le malade peut succomber à la suite des progrès de son

asystolie. Mais il peut aussi mourir subitement, soit par embolie, soit par syncope, soit par rupture du cœur.

La mort peut être également due à une perforation, comme dans le cas de Brooks, cité plus haut: mort subite par perforation de la paroi aortique, avant l'apparition complète de la roséole.

La syphilis peut tuer le cœur dans la période secondaire. Quand elle ne le tue pas, elle peut y causer des troubles parfois très graves.

Comment poser un diagnostic?

CHAPITRE III

Diagnostic

Le diagnostic étiologique sera plus difficile à faire que le diagnostic des troubles cardiaques. Et pourtant, tout l'intérêt réside dans la recherche de la cause. Nous dirons, en effet, avec Huchard que dans le myocarde enflammé, il faut considérer deux choses: d'une part l'inflammation du muscle, d'autre part l'inflammation des artérioles du muscle, d'où retrécissement de leur calibre, oblitération, anémie de l'organe, sa dénutrition et la dégénérescence de ses fibres, d'où, par conséquent, une période curable, et une période incurable. Il faudra donc que le diagnostic soit précoce.

Le *diagnostic des troubles cardiaques* se fera d'après les signes habituels. Des frottements, une augmentation de la matité cardiaque, feront penser à une péricardite; un souffle sera localisé, un pouls lent permanent, avec dyspnée, crises de palpitations, sensation de vertiges, lipothymies, sera rapporté à une lésion du faisceau de His (syndrome de Stokes-Adam); l'asystolie sera caractérisée par la faiblesse des contractions cardiaques, l'abaissement de la pression artérielle, l'augmentation de la tension veineuse avec les accidents qui en découlent.

Le *diagnostic étiologique* se basera sur l'allure clinique de la maladie, son début brusque, chez un sujet apparemment sain.

On étudiera les antécédents du malade, on dépistera la syphilis, soit par ses stigmates, soit par la réaction de Wassermann. En somme, on recherchera les relations chronologiques entre les troubles cardiaques et les symptômes de syphilis.

L'inefficacité de la digitale, employée correctement, éveillera des soupçons.

Enfin, le diagnostic se fera par l'épreuve du traitement. Si une lésion cardiaque s'améliore ou guérit sous l'influence d'un traitement spécifique, tous les doutes seront levés.

Et cette dernière preuve sera la plus solide. Il faut bien se dire que la valeur de la réaction de Wassermann est très discutée, et que, de plus, un syphilitique a le droit d'avoir des maladies n'ayant aucun rapport avec sa syphilis.

En un mot, il faut toujours penser à la syphilis, mais ne pas la voir partout.

CHAPITRE IV

Traitement

Le traitement sera celui de la syphilis, mais il faudra surveiller de très près le malade, pour lui éviter des accidents toujours possible, et obtenir du médicament le maximum d'effet utile. On emploiera de préférence le mercure; et le mercure sera donné sous forme de cyanure de mercure en injections intraveineuses de 0 gr. 01. Le Salvarsan n'est indiqué que si le mercure est inactif. Il sera employé à petites doses, et, comme le font remarquer Oddo et Mattéi, seulement chez les sujets ne présentant aucun symptôme d'asystolie, aucun symptôme d'œdème pulmonaire.

Dans les cas d'accidents cardiaques graves, d'origine syphilitique, si l'on veut obtenir de bons résultats avec le mercure, il faudra « préparer le malade », suivant les conseils donnés par Pied, Ch. Fiessinger, et plus récemment, par Oddo et Mattei.

Nous le schématiserons, avec Fiessinger, de la façon suivante:

1° Repos absolu au lit;

2° Régime hydrique, hydrolacté ou lacté réduit: 1,200 à 1.500 grammes de liquide, au maximum, dans les vingt-quatre heures. Purgation et saignée si besoin;

3° Traitement digitalique à très faible dose : (cinq gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1 p. 1.000 pendant 10 jours) ;

4° Commencer le traitement mercuriel : 0 gr. 01 de cyanure intraveineux pendant 10 jours.

En somme, faire alterner mercure et toni-cardiaques jusqu'à guérison.

OBSERVATIONS

Nous avons examiné, au point de vue cœur, 50 syphilitiques à la période secondaire de leur syphilis. Nous avons éliminé tous les syphilitiques ayant eu du rhumatisme ou des maladies infectieuses graves dans leurs antécédents. Pour nos 50 sujets, la réaction de Wassermann a été pratiquée et reconnue positive. Nous n'avons pu observer de syphilis grave, à complications cardiaques graves.

Peut-être sommes-nous tombés sur une série de sujets atteints de syphilis à virus « dermotrope »? On sait, en effet, que Levaditi et Marie admettent deux virus : un «dermotrope », et un « neurotrope ». Il existe aussi une syphilis systématisée au système artériel. En somme, comme le dit Milian, il y a une élection curieuse du virus sur un système. S'agit-il de virus différent? S'agit-il de races diverses de tréponèmes? *Adhuc sub judice lis est.* Les sujets que nous avons examiné étaient tout au plus atteints de troubles passagers du cœur.

Nos constatations ont été les suivantes :

Au point de vue subjectif, nous avons noté 6 fois sur 50, un essoufflement rapide, de la dyspnée, une légère gêne précordiale. A l'auscultation, pas de souffle, légère tachycardie. Pouls aux environs de 100.

Chez une malade de 30 ans (ayant eu une scarlatine à 16 ans) nous avons trouvé, en même temps que des plaques muqueuses de la bouche, et un Wassermann positif, un pouls à 110, avec l'aorte légèrement surélevée et un deuxième bruit claquant au foyer aortique.

Chez une autre femme de 35 ans, nous avons eu un léger souffle au premier temps, au foyer aortique. Pouls petit, à 104. Pas d'arythmie. Nous n'avons pu prendre sa tension artérielle. A signaler que cette femme avait déjà eu trois injections de salvarsan, et qu'elle avait eu des accidents très graves, presque syncopaux à chacune de ces injections.

Chez trois femmes enceintes de 3, 4 et 4 mois et demi, nous avons trouvé le cœur légèrement dilaté, une tension maxima (au Pachon) de 13; 14; 14,5 et une tension minima de 8; 8,5; 9, chiffres normaux chez une femme enceinte.

Les épreuves fonctionnelles circulatoires, suivant la méthode de Martinet, nous ont montré, dans 9 cas sur 46, une exagération de la tachycardie, avec lenteur du retour à l'état d'équilibre antérieur.

La tension maxima nous a paru légèrement abaissée. La tension minima est restée constante.

Il s'agit, en somme, d'une légère asthénie cardiaque.

Nos observations sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse en déduire des conclusions fermes. Cependant, si nous rapprochons nos résultats de ceux obtenus par Du Castel, nous voyons qu'ils sont sensiblement les mêmes.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis peut toucher le cœur dès la période secondaire.

II. — On peut observer deux formes cliniques : une forme bénigne, syndrome arythmique bénin ; une forme grave, syndrome hyposystolique ou asystolique.

III. — La preuve en est donnée par la coïncidence de ces troubles cardiaques avec une syphilis secondaire en évolution, par la réaction de Wassermann, par le traitement d'épreuve, enfin par l'anatomie pathologique : lésions syphilitiques caractéristiques, présence de spirochètes dans le cœur.

IV. — Il faut donc examiner avec attention le cœur de tout syphilitique.

V. — Cet examen a une importance pratique considérable, l'emploi du novarsénobenzol pouvant occasionner des troubles très graves, parfois mortels, chez des syphilitiques au cœur lésé.

VI. — Cependant ne pas voir la syphilis partout, mais y songer toujours.

VII. — Le pronostic doit être réservé pour les cas de syndrome hyposystolique ou asystolique.

VIII. — On surveillera de très près le traitement. Le cyanure de mercure intraveineux paraît être le traitement de choix. Dans l'asystolie d'origine syphilitique, le traitement spécifique doit avoir le pas sur le traitement digitalique. Mais le malade subira une préparation identique à celle qui précède le traitement digitalique ordinaire.

OUVRAGES CONSULTES

Jaumes. — Traité de pathologie et de thérapeutique générale, 1869.

Jullien. — Traité des maladies vénériennes, 1879.

Lancereaux. — Traité de la syphilis.

Terrier père. — *Annales de syph. et dermatologie,* 1882.

Mracek. — Syphilis du cœur. *Arch. fur. derm. et syph.,* 1893.

Jacquinet. — Revue générale. La syphilis du cœur. *Gaz. des Hôp.* 1859. Contient l'historique et la bibliographie jusqu'en 1895.

Rendu. — Note sur un cas de syphilis du cœur. *Soc. méd. des Hôp.,* 1895.

Guérin. — Syphilis du cœur. *Thèse de Paris,* 1899.

Fournier et Gastou. — *Soc. de dermatologie,* mai 1899.

Huchard. — Traité des maladies du cœur et de l'aorte.

Bouchard et Balthazard. — *Acad. de méd.,* mars 1903.

Breitmann. — Syphilis du cœur. *Gaz. des Hôp.,* 1903.

Cecikas. — Affections syph. du cœur. *Revue de médecine,* 1904.

Bourguignon. — Péricardite, endocardite, myocardite à la période secondaire d'une syphilis grave. *Limousin médical,* 1904.

Bruhms. — Lésion du cœur dans la syphilis acquise. Berlin, 1906.

— Etude des incidents pleuro-pulmonaires au cours de la syphilis secondaire. *Thèse de Paris,* 1907.

Huchard et Fiessinger. — Syphilis gommeuse du cœur. *Revue de médecine,* oct. 1907.

Baskin. — Hémopéricarde d'origine syphilitique. *The Lancet,* 8 nov. 1908.

Wacher. — *Wiener Klinische Wosch,* n° 3, 1909.

Tétratze. — *Thèse de Saint-Pétersbourg,* mai 1909.

Deguy. — Cœur et aorte des syphilitiques. *Thèse de Paris,* 1910.

Weintrand. — Weisbaden thérapie der gegenwart, oct. 1911.

Fiessinger (Ch.). — Artério-sclérose du cœur et de l'aorte. *Acad. méd.,* 1911.

Sézary. — Affinités tissulaires du tréponème dans la syphilis. *Soc. de biologie,* 4 nov. 1911.

Breitmann. — Cardiopathies syphilitiques. *Berliner Klin. Woch.,* t. XLVIII, n° 39, résumé *in Presse médicale, déc.* 1911.

Vaquez et Laubry. — Traitement spécifique des aortites syphilitiques. *Soc. méd. des Hôp.,* juin 1912.

Pied. — Syphilis latente cardio-aortique. *Revue générale de clinique et thérapeutique,* 1912.

Bricout. — Syphilis du cœur. *Thèse de Paris,* 1912.

Bianchi et Gnudi. — Syphilis cardio-vasculaire. Rapport au Congrès de médecine interne, Rome, déc. 1913.

Milian. — Cardiopathie mitrale par syphilis héréditaire. *Soc. Méd. des Hôp.* 1913.

Harlow Brooks. — *American journal of the médical science,* oct. 1913.

Castaigne, Gouraud et Paillard. — Origine syphilitique

de certaines arythmies. *Journal médical français,* février 1913.

Lian. — Epreuve de l'atropine. *Journal médical français,* février 1913.

Barié. — Traité des maladies du cœur.

Debove. — Extension de la syphilis. *Presse médicale,* 10 déc. 1913.

Hamel. — *Archives de méd. et de chir. de province,* juillet 1914.

Weill (O.). — *Journal méd. de Bruxelle,* n° 5, 1914.

Rosenfelied. — *Deustche médizine Wochenschrift,* 21 mai 1914.

Brooks et Casoll. — Traitement des lésions cardiaques d'origine syphilitique. *Journal of. the american assoc.,* 24 oct. 1914.

Covisa. — Myocardite syphilitique. *A. dermo sifilograficas* février-mars 1914.

Scott Warthin (A.). — Les lésions primitives du cœur causées par le spirochète pallida. *The américan Journal of. the médical science,* mai 1914. Résumé *in Presse médicale,* 25 juillet 1914.

Lian et Vernes. — *Presse médicale,* 14 mars 1914.

Le Noir. — *Presse médicale,* juillet 1914.

Anders. — *The collège of physicians de Philadelphie,* 2 juin 1915.

Soprana et Piazza. — Syphilis du cœur. *Riforma medica,* n° 20, 22. Analysé *in Presse méd,* 1915, p. 447.

Gaucher. — *Académie de médecine,* 2 oct. 1917.

Fiessinger. — Syphilis du myocarde. *Acad. de médecine,* 1917.

Letulle (M.). — Péricardite syphilitique. *Soc. anatomique* 8 mars 1918.

Moore. — Syphilis du cœur. *American journal of the médical science*, mai 1918.

Brizard (J.). — Des lésions anatomo-pathologiques du péritoine au cours de la syphilis viscérale. *Thèse de Paris*, 1918.

Letulle. — Péritonite syphilitique. *Acad. de méd.*, 3-9-1918.

Castel (Du). — Les épreuves cardiaques au cours de la syphilis secondaire. *Soc. méd. des Hôp.*, 24 janv. 1919.

Balard. — Oscillométrie obstétricale. *Journal méd. français*, sept. 1919.

Castel (Du). — Arythmies de la syphilis secondaire. *Press. médicale*, 1919.

Lacapère. — Cause d'orientation de la syphilis. *Presse méd.*, 1919.

Gallavardin. — *Lyon médical*, 10 janvier 1920.

Chauffard. — Leçons cliniques. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1920.

Oddo et Mattéi. — Le cœur dans la syphilis secondaire. *Communication à l'Académie de médecine*, mars 1920.

Milian. — La dermatologie et la syphilis en 1920. *Paris médical*, mars 1920.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 17 mars 1920.
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 19 mars 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!